

Ophthalmologische Klinik und Poliklinik der Universität Basel

(Vorsteher: Prof. Dr. med. Friedrich Rintelen)

Über einen primären lymphoepithelialen Tumor (Schmincke) der Orbita

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Tibor Modly

von Ungarn

1965

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1967



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Ophthalmologische Klinik und Poliklinik der Universität Basel

(Vorsteher: Prof. Dr. med. Friedrich Rintelen)

Über einen primären lymphoepithelialen Tumor (Schmincke) der Orbita

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Tibor Modly

von Ungarn

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1967

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Prof. Dr. F. Rintelen

Tag der Promotion: 7. Dezember 1965



Erschienen in: „Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde“
1967, Bd. 150, H. 6, S. 840—849.

*Meinen Pflegeeltern
Herrn und Frau Dr. G. Bohny gewidmet*

Der einseitige, langsam fortschreitende, sogenannte „einfache“, also nicht entzündliche Exophthalmus muß, zumal in fortgeschrittenem Alter, in erster Linie Verdacht auf einen intraorbitalen Tumor erwecken. Differentialdiagnostisch sind in erster Linie endokrine Orbitopathie, eine lymphatische Leukämie, eine Hodgkinsche Lymphogranulomatose oder ein Lipoidgranulom im Sinne der Schüller-Christianschen Erkrankung, ein Myelon und schließlich die komplexe Gruppe der sogenannten entzündlichen Pseudotumoren — meist wohl Myositiden — in Betracht zu ziehen.

Eine Zusammenstellung einer größeren Zahl von Statistiken zeigt, daß bei den Orbitalgeschwülsten in 85 % der Tumoren die primären dominieren. In 13,5 % der Fälle handelt es sich um fortgeleitete Neoplasmen und in 1,5 % um Metastasen.

Zur Sicherung der Diagnose ist, abgesehen von einer gründlichen Allgemeinuntersuchung, eine röntgenologische Darstellung der Orbita — allenfalls Schichtaufnahme — und ihrer Umgebung unter Berücksichtigung der Rhese-Aufnahme notwendig. Selbstverständlich hat in jedem Fall eine genaue ophtho-neurologische Exploration zu erfolgen. Eine rhinologische Untersuchung ist am Platze, etwa um eine Mukozele, ein Cholesteatom oder gar ein Karzinom des Nasopharynx oder der Nasennebenhöhlen auszuschließen. In einzelnen Fällen wird man die Elektromyographie zur Erfassung der nicht so seltenen Myositiden, die Karotisangiographie, die heikle Orbitographie und eventuell die orbitale Phlebographie zu Rate ziehen müssen.

Trotz allen sorgfältigen Abklärungsuntersuchungen ist es oft nicht möglich, nicht einmal mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, auszusagen, welche Art von Geschwulstbildung in der Orbita in Betracht kommt. Die richtige Diagnose und die damit gleichzeitig gegebene Prognose, die weiteren therapeutischen Konsequenzen werden sonst sehr oft erst nach dem operativen Eingriff ergeben. Daß man immer auf Überraschungen gefaßt sein muß, zeigt gerade auch eine einschlägige Beobachtung, über die wir in der Folge berichten möchten.

Es handelt sich um einen einseitigen Exophthalmus durch einen Orbitaltumor bedingt, bei dem die patho-histologische Untersuchung, in unserem

Laboratorium durchgeführt, einen lympho-epithelialen Tumor, auch unter dem Namen Schmincke-Tumor bekannt, ergeben hat. Das Vorkommen einer solchen Geschwulstbildung in der Orbita dürfte unseres Wissens erstmals beobachtet worden sein; die Publikation scheint uns deshalb gerechtfertigt. Die Diskussion der Frage der Entstehung des Tumors gibt Anlaß zu pathogenetischen Überlegungen.

Bei der jetzt 72jährigen Patientin ist seit Juni 1963 ein linksseitiger mäßig ausgesprochener Exophthalmus bekannt. Da der Internist eine leichte Hyperthyreose gefunden hatte — der Grundumsatz betrug $+43\%$ und der Jodspeichertest war nach 3 Std. mit 34% deutlich erhöht — das Plasmajod freilich mit $4,5\%$ im Normbereich, wurde auswärts der Exophthalmus als „Thyreotrop“ betrachtet und am 16. Juli 1963 eine Radiojodresektion der Schilddrüse vorgenommen. Eindeutige klinische Zeichen einer Hyperthyreose lagen im übrigen nicht vor, und die in unserer Klinik vorgenommene Elektromyographie hatte keine Anzeichen einer Myopathie, wie sie bei endokrinem Exophthalmus vorkommen kann, ergeben.

Die Zunahme der Protrusion des linken Auges auf 10 mm war Anlaß, die Patientin in die Augenklinik zu überweisen. Auch jetzt fehlten typische okulare Symptome einer endokrinen Orbitopathie, wohl aber lagen Anhaltspunkte vor, die eine Tumorentwicklung in der Orbita wahrscheinlich machten: eine diffuse Verschattung der linken Orbita im Röntgenbild, eine Verdrängung des linken Bulbus nach unten mit deutlicher Bewegungseinschränkung nach oben und konsekutiver Diplopie.

Im Bereich der Tränendrüse ließ sich außerdem eine höckrige, eher derbe, indolente Schwellung palpieren.

Klinische Anhaltspunkte für das Vorliegen eines metastatischen oder eines aus der Nachbarschaft fortgeleiteten Tumors ließen sich nicht eruieren. Am Bulbus selbst war nichts Pathologisches zu finden. Zur Klärung der Situation wurde am 11. Nov. 1964 in Allgemeinnarkose eine Orbitotomie vorgenommen. Nach Eröffnung des Septum orbitale fand sich, ohne Zusammenhang mit der Tränendrüse, ein bläulich-zystischer Tumor, der beim stumpfen Präparieren einriß; dabei entleerte sich etwas gelblich-klares Flüssigkeit. Nach Kollabieren dieses Hohlraumes war weiter in der Tiefe ein grau-weißlicher fleischiger Tumor zu erkennen, der sich hauptsächlich nach oben und nasal erstreckte. Die Zyste konnte vollständig mobilisiert werden, der Tumor weitgehend entfernt werden, die seitliche und obere knöcherne Orbitalwand erwiesen sich als glatt. Auf Grund des makroskopischen Bildes konnte keine sichere Diagnose gestellt werden, ebenso ließ sich mit Sicherheit nicht entscheiden, ob die nach der Tiefe zu schwer abgrenzbare Geschwulst sicher in toto entfernt war.

Die mikroskopisch-histologische Untersuchung, in unserem Laboratorium — Herr Prof. Roulet war uns bei der Beurteilung der Präparate behilflich — ergab folgenden überraschenden Befund (Präp. Nr. 207/64).

In einem lymphozytenreichen Gewebe mit lockerem retikulärem Maschenwerk (Abb. 1) finden sich Komplexe solider, recht großer, relativ hell erscheinender Zellen, die Nester aufbauend, nach Art von Epithelien Reihen bilden (Abb. 2); ihr Kern ist eher chromatinarm, er besitzt eine deutliche Membran und einen einzigen kugeligen Nukleolus. Die Kernform ist einheitlich rund bis oval. Mitosen sind nicht zu finden.

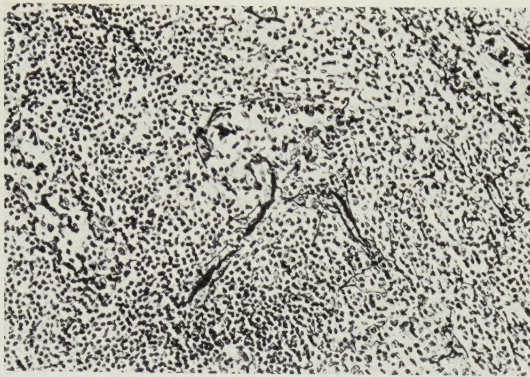


Abb. 1. Lymphozytenreiches Gewebe mit lockerem retikulärem Maschenwerk

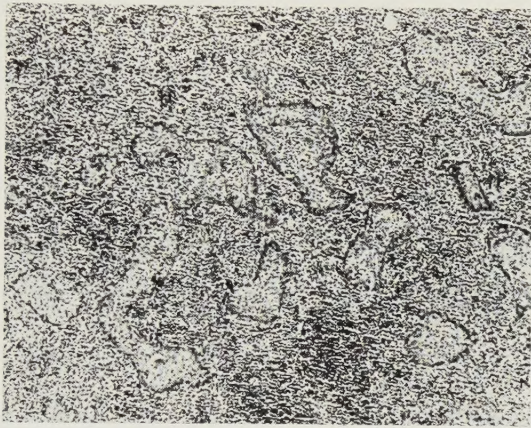


Abb. 2. Hell erscheinende Epithelnester innerhalb lymphozytenreichen Gewebes

Die Zellgrenzen sind undeutlich, das Plasma weist keine Besonderheiten auf. In der Mitte der Zellkomplexe lockern sich die mehr oder weniger kompakten Schichten auf, es entstehen Lücken, die Zellen selbst erscheinen verzweigt und hängen mit protoplasmatischen Ausläufern zusammen. Die epitheliale Struktur verliert sich, der Epithelverband wird retikulär. In die Lücken treten mehr und mehr lymphozytäre Elemente. Man sieht also in ausgesprochener Weise einen Gewebsaufbau von lympho-epitheliale Gepräge, wie er unter normalen Bedingungen etwa in der Gaumenmandel vorkommt (Abb. 3). Gelegentlich sind, wechselnd ausgeprägt, hyaline Massen zu erkennen, die im Bereich der epithelialen Zellnester liegen, die Epithelien hier von mehrkugelig Gestalt. Fast um jeden epithelialen Herd herum findet sich ebenfalls eine recht ausgebreitete hyaline Umwandlung des Stromas, das gelegentlich basal-membranartig das Epithel begrenzt. Da und dort ist ähnliches hyalines Material auch im Zentrum der epithelialen Komplexe zu sehen, begleitet von Lymphozytenansammlungen. Die hyaline Umwandlung des Stromas findet jeweils an der Kontaktfläche mit dem Epithel statt. Sie geschieht auch auf Kosten der Breite der epithelialen Zellzüge.

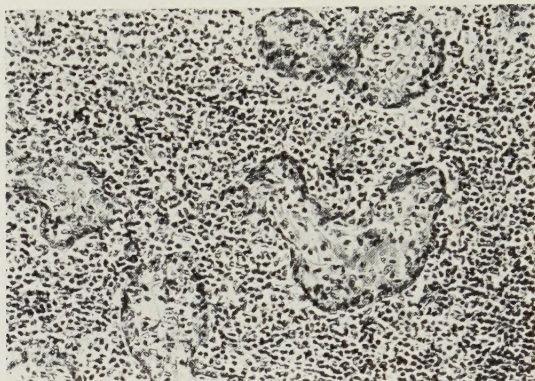


Abb. 3. Lymphoepithelialer Gewebsaufbau, wie in der Gaumenmandel

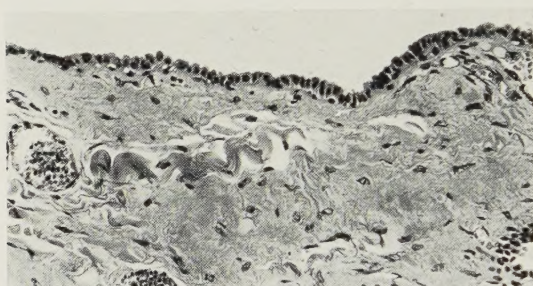


Abb. 4. Hohlraum, ausgekleidet von niedrig-kubischen Zellen epithelialen Charakters

Im Bereich jener Bezirke, bei denen die Operation eine zystische Bildung festgestellt hatte, ist die hyaline Umwandlung des Stromas besonders ausgesprochen. Sie begrenzt hier stellenweise einen zum Spalt zusammengefallenen Hohlraum, der von einem niedrigen, kubischen Epithel ausgeglichen wird (Abb. 4). Andere Wandteile werden von gleichem retikulär beschaffenem lymphoepithelialen Gewebematerial umsäumt. Im ganzen ist das Tumorgewebe gut abgegrenzt, Zeichen eines aggressiven Wachstums im Sinne maligner Entartung sind nicht zu erkennen.

Auf Grund deren Befunde konnte die Diagnose eines lympho-epithelialen, zum Teil zystisch wachsenden Tumors gestellt werden.

Die Bezeichnung lymphoepitheliale Geschwulst stammt von Schmincke, der 1921 über 5 Fälle von „branchiogener endothelial-epithelialer Geschwulst mit diffus infiltrierendem Wachstum“ berichtet hat. Solche Tumoren fanden sich in den Tonsillen und im Epipharynx. Die Eigentümlichkeiten dieser Geschwulstbildung, die auch Anlaß waren, nach einer besonderen Namengebung zu suchen, bestand „in der retikulär-synzytialen Bauart von Epithelien mit einer innigen Durchsetzung von Lymphozyten“. Die

Tumoren zeigen den Aufbau der für lympho-epitheliale Organe — „Mollat“ 1913 — typisch ist. Gleichen Jahres sprachen, unabhängig von Schmincke, an einem Otologenkongreß in Paris Reverchon und Coutard von einem Hypopharynx tumor, der wie folgt charakterisiert wurde:

« Il s'agit donc d'une tumeur dans laquelle il y a une association étroite et constante entre l'élément épithélial et l'élément lymphoïde. Le néoplasme mérite le nom de lympho-épithéliome qui rappelle le tissu normal lympho-épithélial dont il paraît être une dérivation. »

In der Folge wurden solche Lymphoepitheliome 1923 im Thymus (Kneringer und Priser) 1927 in der Schilddrüse (Babes) 1928 im Kehlkopf (Vossenberger) und 1939 in der Parotis (Skorpil) gefunden und beschrieben. In den folgenden Jahren sind Beobachtungen derartiger Geschwulstbildungen wiederholt von verschiedenen Autoren publiziert worden. Bei der Lokalisation im Thymus und in der Schilddrüse erfährt der Tumoraufbau insofern ein neues Charakteristikum, als hier die Epithelien zur Bildung von Hassaschen Körperchen neigen. Zusammenfassend konnte festgestellt werden, daß die lympho-epithelialen Tumoren in den branchiogenen Organen vorkommen können, also in allen jenen, die entwicklungsgeschichtlich zu den Kiementaschen in Beziehung stehen. Mehrheitlich sind sie in den Tonsillen und im Pharynx gefunden worden. Diese Geschwülste können in jedem Lebensalter auftreten, am häufigsten werden sie zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr beobachtet (Ewing, Hoffmann).

Das männliche Geschlecht scheint 3mal häufiger betroffen als das weibliche (Jovin).

Histologisch sind die Tumoren durch 2 Baubestandteile gekennzeichnet: 1. einen epithelialen Anteil, bestehend aus großen Platten- bis kubischen Zellen mit runden oder ovalen Kernen, die oft einen Nukleolus besitzen. Diese Epithelien bilden Stränge und Inseln oder synzytiale Verbände, produzieren gelegentlich Hassalsche Körperchen und neigen zur Entwicklung zystischer Hohlräume (Egli); 2. einen lymphatischen Anteil, der meist in der Umgebung der epithelialen Nester gelegen, sich manchmal aber auch zwischen die Epithelien selbst einschieben kann.

Das Mengenverhältnis der beiden Tumorbestandteile ist recht verschieden. Es können auch in einzelnen Teilen des gleichen Präparates stellenweise die epithelialen und stellenweise die lymphatischen Gewebsanteile überwiegen. Das eigentlich proliferative Geschehen scheint zur Hauptsache den epithelialen Baubestandteilen zu entsprechen. Zeichen maligner Ent-

artung, etwa atypische Mitosen, gehören nicht zum Bild dieses Tumors. Wie schon Schmincke in seinem ersten Bericht festgestellt hat und wie die weiteren Beobachtungen bestätigen, haben diese Tumoren trotz ihrer Proliferationstendenz insofern eine gute Prognose, als sie nicht zu metastasieren pflegen und sich durch ionisierende Strahlen zurückbilden lassen. Immerhin ist nicht zu übersehen, daß, wie etwa im Falle von Derigs, gleichzeitig in anderen Organen (Leber, Lunge, Wirbelsäule, Dura) dem Primärtumor entsprechende Geschwulstbildungen gefunden werden können, und die als Metastasen aufgefaßt werden müssen. Ob Dietrich recht hat, wenn er den lymphatischen Anteil in den Metastasen als sekundäre Erscheinung auffaßt, sei dahingestellt. Nach Dietrich bleibt „der Hauptanteil der Geschwulst immer die epitheliale Wucherung, und gerade in den Metastasen macht die lymphoide Einlagerung den Eindruck einer örtlichen sekundären Erscheinung“.

Chin und Szutu haben über 97 eigene Beobachtungen vom Lymphoepitheliom berichtet. Offenbar ist dieser Tumortyp in China häufiger. Der primäre Sitz der Geschwulst ist meist im Nasenrachenraum zu suchen; allerdings war der Ausgangsort des Lymphoepithelioms in mehr als der Hälfte der Fälle der beiden Autoren nicht sicher zu eruieren. In ihrem Krankengut überwiegt das männliche Geschlecht; das Durchschnittsalter betrug 43 Jahre, der jüngste Patient war 16 Jahre alt. 2 Typen des Tumors fielen auf: eine mehr umschriebene und eine mehr diffus-infiltrativ wachsende; die erstere zeigte geringere Metastasierungstendenz. Gelegentlich ereigneten sich bei Nasenrachentumoren tödliche Blutungen.

Das Vorkommen lymphoepithelialer Tumoren außerhalb von Tonsillen und Rachen wird nicht von allen Autoren anerkannt. So ist v. Albertini etwa der Meinung, die von Skorpil in der Parotis geschilderte Geschwulst sei nicht ein epithelialer Tumor, sondern ein Adenolymphom.

Gerade bei Entwicklung solider Tumoren in der Orbita, wo die Tränen-drüse als eigentliches Ausgangsgewebe in Frage kommt, müssen wir diese Differentialdiagnose zwischen einem Adenolymphom und dem Schmincke-Tumor diskutieren.

Das mikroskopische Bild des Adenolymphoms, auch unter der Bezeichnung des papillären Zystadenoms (Albrecht, Arzt), branchiogenes papilläres Zystadenom (Glass) bekannt, zeigt ebenfalls den charakteristischen Aufbau aus 2 Bauelementen:

1. Epitheliales Gewebe, das aus papillär gebauten Drüsenschläuchen, die zystische und tubuläre Hohlräume einschließen, besteht. Dabei sind die Hohlräume von einem 1- bis mehrreihigen Zylinderepithel mit eosino-

philem Protoplasma ausgekleidet, deren Zellkerne der Drüsenlichtung zugewandt liegen. — Hamperl hat diese Zellen als Onkozyten bezeichnet. — Dem Epithel liegt eine dünne Schicht fibrillären Bindegewebes auf, und in den Drüsenschläuchen finden sich eosinophile Massen, Cholesterin und Schleim.

2. Lymphoides Gewebe mit deutlichen Follikeln und Keimzentren, in die gelegentlich auch Drüsen eingeschlossen sein können (Bonifazi). Am Geschwulstwachstum sind sowohl das Epithel wie das lymphatische Gewebe beteiligt.

Nach Bonifazi stellt der lymphatische Anteil das Grundgewebe dar; das adenoide Epithel soll durch embryonale Einlagerung in die Lymphknoten zur Entwicklung kommen. Skorpil dagegen neigt zur Auffassung, daß die Adenolymphome durch Wucherung der Ausführungsgänge der Drüse zustande kommen und daß die Einwanderung lymphatischer Zellen ein sekundäres Geschehen darstellt. Berner sieht den Ursprung dieser Geschwülste in der Pluripotenz embryonaler Zellen gegeben. Serdasić bespricht Adenolymphome und Lymphoepitheliome gemeinsam und hält beide für dysontogenetische Geschwülste, für die das Nebeneinander epithelialer und lymphatischer Baubestandteile charakteristisch sei.

Obschon die aufbauenden Elemente in beiden Tumorformen die gleichen sind, so zeigen doch die histologischen Bilder nicht unerhebliche Verschiedenheiten. Während für die Schmincke-Geschwulst die retikulär-synzytiale Epithelialform mit Lymphozytendurchsetzung charakteristisch ist, kennzeichnen die Adenolymphome die epithelialen Drüsenschlauchbildungen und Lymphfollikel mit Keimzentren.

Überblickt man die Literatur, so ergeben sich zweifellos Übergänge zwischen beiden Tumortypen, etwa das Vorkommen von Lymphfollikeln mit Keimzentren in einem Lymphoepitheliom (Serdarusić). Trotzdem wird man wohl an der Unterscheidung der beiden Tumorformen festhalten. Man erinnert sich bei dieser Gelegenheit an 2 Formulierungen von Letterer in seinem Lehrbuch der allgemeinen Pathologie: „Richtige Einschätzung eines Befundes ist jeweils ein aus Erfahrung und Wissen zusammengesetzter, mehr oder weniger vollkommen gewordener, schöpferischer Akt“ und „in der Geschwulstdiagnostik kann unter Umständen mit vielen relativen, aber nur mit wenigen absoluten Größen gerechnet werden. Geschwulstdiagnostik ist eine Kunst; über allem steht die durch immer neue Übung gewonnene Erfahrung.“

Mangel an sicheren absoluten Kriterien, Subjektivität der Bewertung machen verständlich, daß für Geschwulstbildungen nach Art der Adeno-

lymphome und Lymphoepitheliome sehr verschiedene Namengebungen in der Literatur zu finden sind.

In der Tränendrüse, die einen der Parotis weitgehend ähnlichen Drüsenaufbau mit reichlich vorhandenen lymphatischen Gewebselementen zeigt, ist bisher unseres Wissens noch nie ein lymphoepithelialer Tumor beschrieben worden. Wenn wir jedoch bedenken, daß wohl alle Geschwülste, die in der Tränendrüse zur Beobachtung kommen, auch in der Parotis festgestellt werden können, so scheint die Annahme berechtigt, daß eine Tumormorphologie wie die lymphoepitheliale Geschwulst, die bekanntlich in der Parotis wiederholt beobachtet worden ist, auch in der Tränendrüse vorkommen kann. Kommt aber ein solcher Tumor in der Tränendrüse vor, so ist es nicht erstaunlich, wenn sich auch, unabhängig von der eigentlichen Tränendrüse, entsprechende Geschwulstbildungen in der Orbita finden, wo bekanntlich anlagemäßig versprengtes Tränendrüsengewebe vorkommen kann. Bisher scheint aber eine derartige Beobachtung nicht gemacht worden zu sein. Auch die neuere Monographien über Orbitaltumoren wissen darüber nichts zu berichten.

Die Bezeichnung *Orbital inclusion adenoma*, wie es Hall (in Klammern angegeben) bei der Beschreibung eines „*Adenolymphoma of the parotid gland*“ gebraucht hat, ist nicht verständlich, es handelte sich dabei um einen lymphoepithelialen Parotistumor vom Typ des Lymphadenoms. Aus der kurzen Mitteilung ist nicht ersichtlich, wieso von einem „*Orbital Inclusion Adenoma*“ gesprochen wird.

Wie sind Pathogenese und histologischer Charakter in dem von uns beschriebenen Fall zu deuten?

1. Die histologische Untersuchung ergibt das charakteristische Bild einer lymphoepithelialen Geschwulst vom Typus des sog. Schmincke-Tumors.

2. Die Lage des Neoplasmas in der Orbita im lateralen oberen Quadranten der Augenhöhle hinter der Tränendrüse spricht trotz der geweblichen Unabhängigkeit des Tumors von der *Glandula lacrimalis*, für die Entstehung aus diesem Gewebe, das sich aus epithelialen und lymphatischen Elementen zusammensetzt. Als Ursprungsmaterial kommt deswegen wohl nur verlagertes Tränendrüsengewebe in Frage.

3. Der therapeutische Erfolg: Rezidivfreiheit nach Strahlentherapie bei operativ mit größter Wahrscheinlichkeit nicht in toto exstirpiertem Tumor, erhärtet die Diagnose eines lymphoepithelialen Tumors mit einer unseres Wissens erstmals beschriebenen Lokalisation.

Wir erwähnten schon, daß Chin und Szutu bei den von ihnen untersuchten 97 Fällen neben lokalisierten Lymphoepitheliomen auch metasta-

sierende Formen finden konnten. Trotz eingehender, namentlich oto-rhino-laryngologischer und allgemein-medizinischer Untersuchungen konnte bei unserer Patientin nichts gefunden werden, was für Vorliegen eines lympho-epithelialen Tumors an anderer Stelle hätte sprechen können. Es ist deshalb mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich bei dem beschriebenen Orbitaltumor um eine primäre Geschwulst-lokalisierung handelt.

Die Therapie der Wahl bei lymphoepithelialen Tumoren ist die Strahlenbehandlung. Erstmals von Schmincke mit gutem Erfolg angewandt, ist diese Prozedere vielfach bestätigt worden. Man darf annehmen, daß die Strahlenempfindlichkeit der Lymphoepitheliome auf den embryonalen Charakter der Geschwulst zurückzuführen ist. Hoffmann vertritt dagegen die Ansicht, daß die Bestrahlung in erster Linie die Lymphozyten schädigt. Er konnte zeigen, daß durch schwache Dosen ionisierender Strahlen, die das Epithelgewebe noch nicht schädigen, die Lymphozyten zugrunde gehen. Daß mit der gleichen Dosis die Gesamtgeschwulst zur Rückbildung gebracht werden kann, sei darauf zurückzuführen, daß mit dem Untergang der Lymphozyten ein Gewebsanteil geschädigt wird, der für Existenz und Fortschreiten des Tumors unentbehrlich ist. Es kommt, wie Vossenberger sich ausdrückt, durch die Strahlentherapie zu einem Aufheben der Symbiose zwischen Lymphozyten und Epithel, daß bei Schädigung der einen Zellart, auch die andere zugrunde geht.

Die operative Behandlung der Schmincke-Tumoren ist im allgemeinen der topographisch gegebenen Schwierigkeiten wegen wenig aussichtsreich. Womöglich sollte aber, da die Strahlensensibilität offenbar doch unterschiedlich ist (Chin und Szutu), die Operation mit nachfolgender Bestrahlung kombiniert werden.

Schöttle hat in einer Dissertation (München 1950) die Ergebnisse nach Strahlentherapie und deren Kombination mit operativem Eingriff dargestellt, unter Berücksichtigung der „Drei-Jahres-Heilung“. Leider werden wir in seiner Arbeit über die Gesamtzahl der Fälle und die Tumorlokalisierung nicht orientiert.

In unserem Falle ist die Operation, die zweifellos den größten Teil des Tumors entfernt hat, durch eine Nachbestrahlung mit Telekobalt (5000 r Oberflächendosis) ergänzt worden. (Röntgeninstitut der Universität Basel, Prof. Zdansky). Das Ergebnis dieser Maßnahmen erwies sich als gut und ist es auch bis jetzt, 1 Jahr nach dem Eingriff, geblieben. Der Exophthalmus ist völlig verschwunden, die Bulbusbeweglichkeit intakt, die Sehschärfe normal. Zurückgeblieben ist eine leichte Ptose des linken Oberlides.

Wir dürfen also wohl die gute Prognose bestätigen, die von den meisten Autoren festgestellt worden ist.

Zusammenfassung: Es wird ein Fall von lymphoepithelialer Schminckescher Geschwulstbildung in der Orbita beschrieben, die einschlägige Literatur dargelegt und besonders die oft schwierige differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen lymphoepithelalem Tumor und Adenolymphom besprochen. Als Ausgangsgewebe des in unserem Falle primären Orbitaltumors darf mit großer Wahrscheinlichkeit intraorbital verlagertes Tränendrüsenngewebe angenommen werden.

Die Therapie der Wahl bei lymphoepithelialen Tumoren ist die Strahlenbehandlung, die, wo es aus topographischen Gründen angängig ist, möglichst mit einer operativen Entfernung der Geschwulst kombiniert werden sollte, ein Vorgehen, das in dem von uns beobachteten Falle möglich und erfolgreich gewesen ist.

On a primary lymphoepithelial tumour (Schmincke) of the orbit.

Summary: A case of lymphoepithelioma Schmincke located in the orbita is presented, the current literature is reviewed and the difficult differential diagnosis between lymphoepithelial tumor and adenolymphoma is discussed. The primary orbital tumor of our case seems most likely to originate from an intraorbital accessory lacrimal gland.

Radiotherapy is the treatment of choice in lymphoepithelial tumors. This should be combined with operative resection of the tumor, if this topographically is practicable. The combination of radiation and surgical removal of the tumor was successfully employed in the presented case.

Sur une tumeur lympho-épthéliale primaire de l'orbite (tumeur de Schmincke).

Résumé: Un cas de tumeur lympho-épthéliale de Schmincke de l'orbite est rapporté; la littérature la concernant est présentée et le diagnostic différentiel particulièrement difficile entre la tumeur lympho-épthéliale et l'adénolymphome est discuté. Dans notre cas, on peut admettre selon toute vraisemblance, comme tissu d'origine de la tumeur orbitaire primaire, un déplacement intraorbital du tissu des glandes lacrymales.

La thérapeutique de choix en cas de tumeur lympho-épthéliale est le traitement par les rayons, qui, lorsque les rapports topographiques le permettent, doit être combinée avec l'exérèse de la tumeur, ce qui dans le cas observé a été réalisable avec succès.

Acerca de un tumor linfoepitelial primario de la órbita.

Resumen: Se describe un caso de tumoración linfoepitelial (tumor de Schmincke) en la órbita, se expone la bibliografía correspondiente y se comenta el diagnóstico diferencial, frecuentemente difícil, entre el tumor linfoepitelial y el adenolinfoma. Puede considerarse como muy probable, que el tejido a partir del cual se ha formado el tumor orbitario, primario en este caso, corresponde a tejido de la glándula lagrimal desplazado hacia el interior de la órbita.

El tratamiento de elección para los tumores linfoepiteliales consiste en la radioterapia, que si la topografía lo permite, debería combinarse con la extirpación quirúrgica de la tumoración; este procedimiento fue, en nuestro caso, factible y seguido de éxito.

Schrifttum

v. Albertini, A.: Histologische Geschwulstdiagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1955. — Albrecht, H., und Arzt, L.: Frankf. Z. Path. 1910, Bd. 4, S. 47 bis 69. — Babes, A.: Virch. Arch. path. Anat. 1927, Bd. 266, S. 321—328. — Berlin, A.: Krankheiten der Orbita. Handb. d. ges. Augenhk., red. von A. Graefe und Th. Saemisch. W. Engelmann Verlag, Leipzig 1880, Bd. VI, 1. Aufl. — Berner, A.: Les Adenolymphomes des glandes salivaires et les tumeurs apparentées. Helv. Med. Acta 1942, Volume 9, fasc. 4/5, S. 1—47. — Birch-Hirschfeld, A.: Die Krankheiten der Orbita. Handb. d. ges. Augenhk., begründet von A. Graefe und Th. Saemisch, fortgeführt von C. Hess, herausgegeben von Th. Axenfeld und A. Elsching. Springer Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1930, Bd. IX, 2. Aufl. — Ders.: Die Erkrankungen der Orbita. Kurzes Handb. d. Ophthalm., herausgegeben von F. Schieck und A. Brückner. Springer Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1930, Bd. III. — Brückner, A.: Krankheiten der Orbita. Lehrbuch der Augenheilkunde, herausgegeben von M. Amsler, A. Brückner, A. Franceschetti, H. Goldmann und E. B. Streiff. Karger Verlag, Basel/Freiburg i. Br./New York 1961, 3. Aufl. — Bonifazi, E.: Adenolymphome der Parotis. Inaug.-Diss., Basel 1936. — Castleman, B.: Tumors of the Thymus Gland. Atlas of tumor Pathol. Sect. V, Fasc. 19. Armed Forces Inst. of Pathol., Washington 1955. — Chin, K. Y., und Szutu, C.: Lymphoepitheliom. (Engl.: Path. Inst. u. Chir. Klinik-Peiping, Union Med. College. Chines.: Med. J. Suppl. 3, 1940.) Ref.: Zbl. allg. Path. 1942, Bd. 78, S. 312. — Derigs, P.: Virch. Arch. path. Anat. 1923, Bd. 244, S. 1—7. — Dietrich, A.: Geschwülste der Tonsillen. Handb. d. spez. path. Anat. und Hist. von Henke-Lubarsch. Springer Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1926, Bd. IV. — Egli, A.: Einige seltenere Fälle von Geschwülsten der Speicheldrüsen. Inaug.-Diss., Basel 1930. — Engelking, E.: Grundriß der Augenheilkunde, begründet von F. Schieck. Springer Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960, 13. Aufl. — Ewing, J. M. D.: Am. J. Path. 1929, Vol. 5, S. 99—107. — Feldmann, I.: Zbl. allg. Path. 1916, Bd. 27, S. 25—29. — Foot, F. W., und Frazell, E. L.: Papillary Cystadenoma Lymphomatosum Tumors of the Major Salivary Glands Atlas of Tumor Path. Sect. IV. Fasc. 11. Armed Forces Inst. of Path., Washington 1954. — Giunti, G.: Beitrag zur Kenntnis der Histiocytoeme der Gaumenmandel — über die sogenannten Schminckesche Lymphoepitheliome. (Inst. Anat. Path. R. Univ. Messina Tumori 1937, Bd. 11, F. 2, S. 201.) Ref.: Zbl. allg. Path. 1937, Bd. 68, S. 140. — Glass, E.: Frankf. Z. Path. 1912, Bd. 9, S. 335—342. — Goldmann, H., und Amster, A.: Krankheiten der Tränenorgane. Lehrbuch der Augenheilkunde von M. Amsler, A. Brückner, A. Franceschetti, H. Goldmann und E. B. Streif. Karger Verlag, Basel/Freiburg i. Br./New York 1961, 3. Aufl. — Hamperl, H.: Virch. Arch. path. Anat. 1931, Bd. 282, S. 724—736. — Ders.: Virch. Arch. path. Anat. 1937, Bd. 298, S. 327—375. — Ders.: Virch. Arch. path. Anat. 1939, Bd. 304, S. 34—64. — Ders.: Lehrbuch der allg. Path. und der path. Anat. Springer Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960, 24./25. Aufl. — Hall, E. M.: Arch. Path. 1935, Bd. 19, S. 756—757. — Hoffmann, C.: Strahlentherap. 1932, Bd. 45, S. 601; ref.: Zbl. allg. Path. 1933, Bd. 57, S. 94. — Jovin, J.: Les lympho-épidéiomes du pharynx. Ann. des maladies de l'oreille, du pharynx, du nez et du larynx 1926, Bd. 45, S. 729—758. — Kneringer, E., und Priesel, A.: Virch. Arch. path. Anat. 1923, Bd. 241, S. 475—487. — Kreibitz, W.: Das Auge und sein Hilfsapparat. Lehrbuch d. spez. path. Anat., begründet von E. Kaufmann, herausgegeben von M. Staemmler. W. de Gruyter Verlag, Berlin 1961, 11./12. Aufl., Bd. III. — Letterer, E.: Allgemeine Pathologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1959. — Merkel, H.: Erkrankungen der Mundspeicheldrüsen. Lehrbuch der spez. path. Anat., begründet von E. Kaufmann, herausgegeben von M. Staemmler. W. de Gruyter Verlag, Berlin 1956, 11./12. Aufl., Bd. I. — Mollier, J.: Die Lymphoepithelialen Organe. Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München. 1913, Bd. 13, H. 29, S. 14—37. J. F. Lehmann's Verlag, München 1914. — Müller, H. K.: Die Erkrankungen der Orbita. Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde, begründet von Th. Axenfeld, herausgegeben von H. Serr. Fischer Verlag, Jena 1958, 10. Aufl. — Müller, F.: Krankheiten der Tränenorgane. Der Augenarzt von K. Velhagen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1959, Bd. II. — Nathan, W.: Frankf. Z. Path. 1929, Bd. 37, S. 385 bis 395. — Reese, A. B.: The Tumors of the Eye. Harper-Low Verlag, New York/Evanston/London 1963, 2. Edition. — Reverchon, L., und Coutard, H.: Lym-

pho-épithéliome de l'hypopharynx traité par la roentgentherapie. (Bull. et Mém de la Soc. d'otorhino-laryngologie Congres 9. 5. 1921.) Zit. von J. Jovin: Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1926, Bd. 45, S. 729—758; und von F. Skorpil: Frankf. Z. 1939, Bd. 53, S. 450—466. — Rintelen, F.: Augenheilkunde. Karger Verlag, Basel/Freiburg i. Br./New York 1961. — Serdarusic, J.: Frankf. Z. Path. 1943, Bd. 57, S. 285—302. — Schmincke, A.: Beitr. path. Anat. 1921, Bd. 68, S. 161—170. — Ders.: Pathologie des Thymus. Handb. d. spez. path. Anat. u. Hist. von Henke-Lubarsch. Springer Verlag, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1926, Bd. VIII. — Siegert, P.: Erkrankungen der Orbita. Der Augenarzt von K. Velhagen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1960, Bd. III. — Skorpil, F.: Frankf. Z. Path. 1939, Bd. 53, S. 450—466. — Ders.: Zbl. allg. Path. 1941, Bd. 77, S. 129—133. — Schöttle, M.: Ein Beitrag zur Kenntnis der lymphoepithelialen Tumoren. Inaug.-Diss., München 1950. — Tobeck, A.: Z. Hals-Nasen-Ohrenhk. 1932, Bd. 30, S. 182—196; ref.: Zbl. allg. Path. 1933, Bd. 56, S. 201. — Vossenberger, A.: Z. Laryngologie 1928, Bd. 17, S. 153—165. — v. Zalka, E.: Z. Krebsforsch. 1935, Bd. 41, S. 139—147.

Anschr. d. Verf.: Ch-4052 Basel/Schweiz, Lehenmattstr. 336

